



HAL
open science

Soigner, moraliser et contrôler : l'injonction de soin au carrefour de finalités plurielles

Virginie Gautron

► **To cite this version:**

Virginie Gautron. Soigner, moraliser et contrôler : l'injonction de soin au carrefour de finalités plurielles. Les mots du droit, les choses de justice, Mélanges en l'honneur de Jean Danet, 2020. <halshs-03500062>

HAL Id: halshs-03500062

<https://shs.hal.science/halshs-03500062v1>

Submitted on 21 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Soigner, moraliser et contrôler : une injonction de soin au carrefour de finalités plurielles

Virginie Gautron

Sans abandonner les figures de dangerosité que constituent le « *fou* » et le « *junkie* », les paniques morales se sont déportées sur les délinquants sexuels à partir des années 1990, plus particulièrement sur les pédophiles, diabolisés à la suite de faits divers ayant défrayé la chronique¹. Après des siècles de relative indifférence, sinon quelques périodes de tolérance, les pouvoirs publics, les médias et l'opinion s'alarment alors d'une progression du phénomène, bien qu'elle s'explique essentiellement par un accroissement du taux de plainte, les statistiques de police ayant doublé en vingt ans (7 142 infractions constatées par les services de police en 1974, 19 187 en 1994). Les délinquants sexuels représentaient 5% de la population écrouée en 1980, 10% en 1990, 14% en 1996, 25% en 2001, avant que leur part ne décroisse ces dernières années (12,5% en 2014). Assimilés à des « prédateurs », ces condamnés ont été présentés comme particulièrement dangereux, inévitablement récidivistes, mais aussi comme des « malades » qu'il fallait traiter et surveiller sans discontinuer. A la suite de plusieurs rapports associant des responsables politiques, des universitaires, des professionnels de la justice et de la santé², la loi du 17 juin 1998 instaura une nouvelle peine complémentaire, le suivi socio-judiciaire (SSJ), dont les effets démarrent à la libération du condamné (art. 131-36-1 et suivants du Code pénal). Celui-ci peut comprendre une injonction de soin plus contraignante que l'obligation classique de l'article 132-45 du Code pénal. Toute défaillance du condamné peut se traduire par une nouvelle peine privative de liberté, à l'origine de deux ans en matière délictuelle, cinq ans en matière criminelle. Sur le plan institutionnel, le législateur a placé au cœur du dispositif un « médecin coordonnateur », une sorte de « *passer de frontières* » (« *boundary spanner* »)³ chargé de l'interface entre le juge de l'application des peines et le thérapeute. Pour protéger le secret professionnel, tout en intensifiant le droit de regard des JAP et des agents de probation sur l'espace des soins, il lui revient de vérifier l'assiduité du condamné et le bon déroulement du suivi, puis de transmettre aux magistrats les éléments nécessaires à leurs contrôles.

Si le dispositif ciblait initialement le public des délinquants sexuels, au moins huit lois ont depuis lors procédé à une extension de son champ d'application (violences conjugales, incendies volontaires, terrorisme, etc.), mais aussi à un allongement de sa durée, comme à un durcissement de son régime d'exécution. Selon la gravité des faits, le SSJ peut désormais courir sur 10, 20 ou 30 ans à compter de la libération, voire même être indéfini en cas de crime faisant encourir la réclusion criminelle à perpétuité. Initialement laissée à la totale discrétion des magistrats, l'injonction de soin est devenue de principe en 2007, sauf décision contraire dûment motivée. Les peines d'emprisonnement encourues en cas de manquement ont été portées à trois ans en cas de délit et à sept ans en matière criminelle. S'il n'existe à ce jour aucune statistique publique précise, une estimation ministérielle faisait état de 5400 injonctions de soin en cours

¹ Boussaguet L., *La pédophilie, problème public. France, Belgique, Angleterre*, Paris, Dalloz, 2008.

² Cartier M.-E., *Rapport de la Commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels au ministre de la Justice*, 1994 ; Lemperière T., *Évaluation et expertise psychiatrique des condamnés*, Rapport au ministre de la Justice, 1994 ; Balier C., Parayre C., Parpillon C., *Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*, Rapport au ministère du Travail et des Affaires sociales et au ministère de la Justice, 1995.

³ Steadman H.J., « Boundary Spanners: A Key Component for the Effective Interactions of the Justice and Mental Health Systems ». *Law and Human Behavior*, 1992, 16,1, 75-87.

en 2012. Les évolutions de son cadre juridique ont fait resurgir le spectre d'une « peine thérapeutique », rompant le fragile équilibre construit en concertation avec quelques soignants, qui considéraient à l'origine, « *malgré la tutelle écrasante de la peine* », que l'injonction contenait « *un fondamental respect de l'être et non sa réduction actuelle au fait infractionnel* »⁴.

Au regard des réformes successives du dispositif, s'agit-il désormais d'une punition déguisée en « *cure* », d'une corruption ou d'une dénaturation des soins ? Dans cette hypothèse, l'injonction de soin ne viserait plus tant à soulager un sujet de ses souffrances, mais à normaliser, contrôler et surveiller les condamnés aux fins de protection de la société. Faut-il plutôt y voir une mesure « hybride », insufflée par des rationalités et des cadres normatifs distincts mais qui « *se chevauchent* »⁵ ? Nous nous proposons d'explorer ces hypothèses au travers d'une analyse des finalités sociales assignées à l'injonction de soin, non plus seulement dans les textes ou les discours politiques et institutionnels, mais à partir des registres discursifs mobilisés par les professionnels pour en justifier ou non l'existence, couplée à l'étude des modalités pratiques de sa mise en œuvre. Nous nous appuyerons sur les résultats d'une recherche collective et pluridisciplinaire récente, financée par la Mission de recherche Droit et Justice⁶. Entre 2014 et 2017, notre équipe⁷ s'est engagée dans l'étude d'un échantillon de dossiers d'un service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de l'ouest de la France, au sujet de 99 condamnés à un suivi socio-judiciaire (SSJ). Nous avons par ailleurs réalisé une trentaine d'entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans le dispositif : sept magistrats, dont trois juges de l'application des peines ; onze conseillers et un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP et DPIP) ; six psychologues et six psychiatres exerçant selon les cas comme experts, médecins coordonnateurs, thérapeutes en détention et/ou en milieu ouvert. Ces matériaux nous ont permis d'interroger le sens et la nature de ce type de soins pénalement ordonnés, au croisement des représentations et des pratiques professionnelles en présence, des champs de forces qui les font osciller sur une échelle opposant deux « pures » rationalités, l'une punitive, l'autre sanitaire. À l'instar des registres discursifs mobilisés lors des débats parlementaires sur le sujet, les finalités que les professionnels assignent à l'injonction de soin sont plurielles, mais potentiellement concurrentielles, même si ceux-ci tentent de préserver un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social (I). De nombreux magistrats, CPIP, experts et médecins coordonnateurs placent également la thérapie au service de la prévention de la récidive, au risque de la confondre avec une forme de « traitement moral » (II).

⁴ Lameyre X., « Pour une éthique des soins pénalement obligés », R.S.C., 2001, 3, 521-536.

⁵ Ward T., Salmon K., « The ethics of punishment: Correctional practice implications. *Aggression and Violent Behavior* », 2009, 14, 239-247.

⁶ Gautron V. (dir.), (*Se*) *soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin*, Rapport de recherche, Mission de recherche Droit et Justice, 2017.

⁷ Retière J.-N., Grunvald S., Trémeau E., Dubourg C.

I- Un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social

À défaut de demande spontanée et « authentique », les professionnels de santé se sont longtemps et majoritairement dits sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte. Cet impératif opérait comme un « *repoussoir* », les résistances à son endroit étant « *rationalisées, justifiées, autour d'un principe de liberté de choix, présenté comme condition sine qua non d'une relation thérapeutique authentique* »⁸. Si les soins pénalement ordonnés sont encore loin de générer un consensus, nombre de praticiens ne considèrent plus la contrainte comme une entrave, comme un obstacle à l'émergence d'une véritable adhésion. Ces thérapeutes, comme les magistrats et les CPIP, espèrent susciter par ce biais une adhésion progressive au soin, la contrainte ne constituant selon eux qu'un préalable obligé (A). Les premiers sont toutefois circonspects, sinon critiques, face à une dynamique croissante de contrôle, les acteurs judiciaires et leurs auxiliaires percevant régulièrement l'injonction de soin comme un instrument de surveillance médicale superposable au contrôle des institutions pénales (B).

A- Une ambition clinique partagée : favoriser l'accès et l'adhésion aux soins

Si les soignants insistent sur l'absence de profil unique de personnalité, du fait de qualifications qui renvoient plus au champ juridique que psychopathologique, les condamnés pour violences sexuelles sont généralement présentés comme un public peu demandeur, peu motivé pour engager des soins, peu disposé à l'introspection et à la parole, parfois en lien avec leur bagage socioculturel ou éducatif, de sorte que leur rapport à la psychiatrie serait particulièrement compliqué. Par méconnaissance, beaucoup percevraient la recommandation de soin comme un jugement, comme l'apposition d'un stigmate qui les assimilerait à des « fous ». Cette demande de soin serait d'autant moins exprimée que ces condamnés n'éprouveraient pas nécessairement une véritable souffrance, faute d'une réelle conscience de leurs troubles. Pour ces soignants, « *l'absence de demande occulterait une souffrance cachée et une demande potentielle qui ne peut s'exprimer du fait que la « pathologie » de ces sujets les empêcherait de la formuler* »⁹. L'injonction viserait donc à « *leur économiser une demande* » qu'ils ne seraient pas en mesure de formuler eux-mêmes. Le dispositif est perçu comme un « *pari* » destiné à produire un « *déclat* », deux termes qui sont régulièrement revenus dans les propos de nos interlocuteurs. Ils légitiment également la contrainte par comparaison avec la situation de ceux qui ne se trouvent pas sous contrôle judiciaire. Même en dehors du système pénal, peu de patients engageraient volontairement des soins, au-delà même des malades hospitalisés sous contrainte, mais se présenteraient contraints par un conjoint sous la menace d'une séparation, ou encore d'un employeur à deux doigts de les licencier.

Parfois qualifié de « pré-thérapeutique », l'aménagement d'un premier espace de rencontre en détention vise dès lors à dépasser la contrainte pour progressivement « *créer le besoin* » et les

⁸ Chami J., « La contrainte aux soins, enjeux et difficultés », *Connexions*, 2013, 99, 1, 72.

⁹ Doron C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, 286.

faire accéder aux soins. Certes, la contrainte de soin ne démarre officiellement qu'à la libération du condamné, du moins sur un plan juridique. Toutefois, nombre de délinquants sexuels exécutant de longues peines, les promoteurs de la loi du 17 juin 1998 percevaient cette entière « liberté » comme un obstacle à l'amorce précoce d'une prise en charge thérapeutique. Le législateur a donc introduit un dispositif intermédiaire qualifié d'incitation aux soins. La loi de 1998 prévoyait que le condamné n'était pas considéré comme « *manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale* » en cas de refus ou de suivi irrégulier, avec pour conséquence la privation de réductions supplémentaires de peines, sauf décision contraire du JAP (article 721-1 du CPP). Les thérapeutes investis dans le processus de réforme ont accepté le caractère plus ou moins fictif du consentement préalable, du moins sous sa forme originelle. Ils furent nettement plus réservés face à la multiplication des moyens de pression, qui constituent désormais un véritable régime de « *chantage* », fondé sur un « *consentement extorqué* »¹⁰. A la suite de multiples réformes législatives, et même au-delà de ces dispositions textuelles, l'engagement d'une thérapie conditionne en effet bien d'autres mesures de faveur. Tout refus ou manque d'investissement peut conduire à un retrait du crédit de réduction de peine (art. 721 CPP), au rejet d'une demande de libération conditionnelle (art. 729 du CPP) mais aussi, malgré l'absence de base textuelle, d'autres aménagements de peine ou de permissions de sortir. En définitive, cette « *illusion du consentement* » illustre le passage d'une société disciplinaire, dans laquelle « *l'individu est seulement appelé autoritairement à observer une obligation de soins qui lui est imposée* » à une société post-disciplinaire, dans laquelle « *le juge invite la personne à un consentement à des soins qui lui sont proposés en l'informant que si elle s'y refuse, elle s'expose à un mal plus grand que si elle accepte* »¹¹. Elle poursuit l'intériorisation de la contrainte¹², que le condamné doit finir par accepter. Dans une approche néolibérale de la pénalité¹³, le condamné qui ne « consentirait » pas s'auto-infligerait la souffrance d'une incarcération plus longue, faute de saisir l'opportunité d'une prise en charge thérapeutique qui ne pourrait lui être que bénéfique.

En surface, tous les condamnés ou presque engagent donc des soins dès l'incarcération (96% dans notre échantillon). La majorité adopte en réalité une posture de soumission passive aux soins, ce qui n'est pas sans rappeler la description plus globalement donnée des délinquants sexuels, le plus souvent présentés comme des délinquants modèles, passant inaperçus et cherchant à se faire oublier en détention, se pliant sans la moindre résistance à l'ordre carcéral. Pour autant, certains ne se cachent pas du caractère purement utilitaire de leur demande de soin, d'autres ou les mêmes manifestent le peu d'intérêt qu'ils y trouvent. Quelques-uns font preuve d'un sens plus aigu de la stratégie, cherchant à faire bonne figure devant l'expert, les CPIP ou le JAP, tant ils sont conscients des enjeux pour la suite de leur parcours post-sentenciel. Contrairement à ce que pensent souvent les acteurs judiciaires et pénitentiaires, les soignants ne maintiennent pas pour autant les consultations lorsque le condamné ne fait preuve d'aucune implication, d'aucun engagement véritable dans la thérapie après plusieurs séances. S'il peut leur arriver de clore un suivi, tous veillent néanmoins à « *laisser la porte ouverte* », conscients que beaucoup reviendront à terme vers le SMPR en raison des pressions institutionnelles. Si tous les condamnés ne se conforment pas aux attentes de l'institution judiciaire, il n'en demeure pas moins qu'aux dires des praticiens interrogés, les réussites seraient fréquentes sur le plan de

¹⁰ Mistretta P., 2011, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, 82, 28.

¹¹ Mistretta P., *op. cit.* 19.

¹² Danet J., *La justice pénale, entre rituel et management*, P.U.R., 2010, 14.

¹³ Garapon A., *La raison du moindre Etat. Le néolibéralisme et la justice*, Odile Jacob, 2010, 113 et s.

l'adhésion au soin. Une trentaine des dossiers que nous avons étudiés témoigne effectivement de l'investissement immédiat ou progressif dans la thérapie, de façon véritablement consentie.

B- Un instrument supplémentaire de surveillance médicale

Dès 1998, l'injonction de soin fut introduite dans une optique assumée de défense sociale. Selon le rapporteur du texte au Sénat, il s'agissait d'augmenter « *l'ombrelle pénale sur les auteurs* », « *de soigner une personne, d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour elle-même* ». Soulignant les ambiguïtés du dispositif, F. Gros écrivait alors qu'« *on ne sait plus si l'on soigne un sujet de droit, ou si l'on punit un malade* »¹⁴. Derrière l'humanisme des finalités cliniques et le caractère positivement connoté du soin surgissent en filigrane des orientations plus répressives. En entretien, l'exigence d'un surplus de contrôle et de surveillance est, sans surprise, nettement plus souvent portée par les acteurs du système pénal, mais également par les experts et les médecins coordonnateurs. Leurs attentes ne peuvent toutefois être comprises qu'en référence aux critiques qu'ils émettent au sujet des obligations de soin « classiques ». Nombre d'entre eux soulignent qu'elles sont prononcées à tout-va, sans toujours tenir compte de considérations cliniques. Cette systématisation saturerait tellement les structures de soin qu'elles en deviendraient virtuelles ou purement formelles. Elles prendraient des formes tellement mineures, avec des rendez-vous irréguliers ou très espacés, parfois auprès d'un généraliste, qu'elles n'auraient aucune influence sur le parcours ultérieur des condamnés. A l'inverse, l'injonction de soin permettrait une surveillance médicale plus soutenue, superposable au contrôle des institutions pénales. L'intervention des médecins coordonnateurs autoriserait un double regard médical, et donc un suivi plus intensif, ne serait-ce qu'en raison du cumul des entretiens (quatre par an) en parallèle de ceux du thérapeute. Grâce à son statut, ses compétences et son réseau, les acteurs judiciaires escomptent que ce psychiatre puisse sélectionner les thérapeutes les plus compétents, orienter le déroulement et le contenu des soins. En outre, le dispositif présenterait l'avantage d'inscrire ce contrôle médical sur une plus longue période qu'en cas de simple obligation, éventuellement plusieurs décennies. Les convocations du médecin coordonnateur décupleraient enfin la force de la contrainte dans l'esprit du condamné. Celui-ci serait d'autant plus enclin à respecter la mesure que pèse sur lui une véritable épée de Damoclès, à savoir une possible réincarcération en cas de manquement, ce qui serait nettement plus rare en cas de simple obligation. Ce cadre permettrait de « *lui rappeler la sévérité mais également la vigilance de la justice* », « *qu'il sente derrière lui le regard de la Loi* »¹⁵.

En définitive, le consensus sur l'intérêt d'un accompagnement psychothérapeutique ne découle plus seulement de la volonté d'alléger des sujets de leurs souffrances. La protection de la société tend à devenir la finalité première du système pénal, de sorte que la réinsertion et le traitement ne sont plus des objectifs en soi, mais des moyens placés à son service. Le soin ne vise plus tant la guérison d'une pathologie, mais plutôt « *l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence* »¹⁶. Dans un contexte socio-politique d'aversion au risque, cette recherche de

¹⁴ Gros F., « Le nouveau punissable », in Louzon C., Salas D. (dir.), *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité et éthique*, Toulouse, Érès, 1997, 300.

¹⁵ Extraits d'expertises.

¹⁶ Doron O., « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Chevallier P., Greacen T. (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Érès, 2009, 189.

sécurisation concerne les praticiens eux-mêmes qui, chacun à leur niveau, affrontent de lourdes accusations publiques à chaque récidive médiatique. Une « *logique immunitaire* »¹⁷ contamine leurs pratiques décisionnelles. Du côté des experts, les recommandations de soin sont ainsi quasiment systématiques, puisqu'on en trouve trace dans 91% des dossiers de notre échantillon. Le prononcé d'une injonction paraît d'autant plus inéluctable qu'ils retiennent dans les mêmes proportions des risques de récidive (90% des dossiers comprenant une expertise), sans généralement en préciser l'ampleur. Comme au sujet des recommandations de soins, les professionnels interrogés expliquent cette quasi-systématicité par un phénomène généralisé d'« *ouverture de parapluie* », par des experts préférant cautionner l'existence de risques pour ne pas en prendre eux-mêmes, pour se dégager de toute responsabilité ou la faire porter en aval sur le juge en cas de réitération ultérieure.

Malgré les piètres conditions de réalisation des expertises, l'influence de ces diagnostics et pronostics se traduit par une quasi-systématisation des soins pénalement ordonnés, du moins concernant les délinquants sexuels. Le prononcé de la mesure est certes sélectif au stade du jugement, puisqu'elle touche un peu moins de six condamnés sur dix (57). Son champ d'application pratique tend cependant à s'étendre au stade post-sentenciel. Au total, une injonction de soin a été prononcée dans 84 affaires, soit plus de 8 fois sur 10. Si l'on ajoute les simples obligations de soins, presque la totalité des condamnés de l'échantillon (96%) ont été contraints d'engager ou de poursuivre une prise en charge sanitaire. A l'inverse de la nature de l'infraction et de sa gravité intrinsèque, c'est-à-dire d'indicateurs qui relèvent généralement d'une dynamique rétributive, les critères tenant aux caractéristiques du passage à l'acte et au profil psychopathologique des auteurs pèsent en définitive relativement peu. Si les magistrats insistent sur leur difficulté à motiver l'exclusion d'une injonction lorsqu'un expert recommande des soins, car il leur faut alors contrer un argumentaire médical sans pourtant disposer des compétences nécessaires, il n'en demeure pas moins qu'ils ne se saisissent guère des rares expertises défavorables (présentes dans 12% des dossiers), sauf à de très rares exceptions. En toute hypothèse, les magistrats tendent à se convaincre que la thérapie ne pourrait faire de mal à défaut de faire du bien. Le prononcé de soins procure aussi bonne conscience, avec un retournement du « *vilain métier de punir dans le beau métier de guérir* »¹⁸.

II- Une version médicalisée de l'amendement moral

Dès la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la mouvance néo-classique s'interrogeait sur l'ambivalence du modèle « thérapeutique » promu par la Défense Sociale Nouvelle, qui ne lui semblait pas si éloigné de l'ancien amendement moral. « *Nul ne se doute probablement parmi les nouveaux doctrinaires que cette entreprise tend à replacer le délinquant dans la situation d'un pénitent laïque en voie de réconciliation avec la société, au terme d'un processus très comparable à la Métanoïa chrétienne. Ce que les pénalistes de la Restauration n'ont pas osé faire, ne semble plus impossible à nos contemporains* »¹⁹. Selon Roger Merle, un simple changement de vocabulaire camouflait la permanence d'un travail de « *remodelage de*

¹⁷ Kaminski D., *Pénalité, Management, innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2009, p. 103.

¹⁸ Foucault M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999, p. 22.

¹⁹ Merle R., *La peine et la pénitence. Théologie, droit canonique, droit pénal*, Paris, Cerf/Cujas, 1985, *op. cit.*, p. 111.

l'individu asocial »²⁰. A l'instar des analyses de Michel Foucault sur l'aveu et la confession, il considérait que c'était à la médecine que l'on empruntait « *l'environnement clinique - « médicinal* » - *diraient les canonistes - de la nouvelle politique dite de « prévention du crime et de traitement des délinquants* ». *Politique très ancienne en vérité, puisque Platon définissait déjà la justice pénale comme « la médecine de la méchanceté* »²¹. Quelques décennies plus tard, notre recherche sur les injonctions de soin révèle que les magistrats, les CPIP, comme de nombreux experts et médecins coordonnateurs, assignent encore une dimension morale à la prise en charge thérapeutique (A), au risque d'une dénaturation de la finalité des soins et d'une perte de sens de la mesure (B).

A- L'économie morale de l'injonction de soin : un « travail sur le passage à l'acte »

Si cette finalité n'est presque jamais exclusive, la philosophie classique de l'amendement moral transparait implicitement ou explicitement des propos de nos interlocuteurs et à la lecture de leurs écrits professionnels, désormais englobée sous la figure de la « prévention de la récidive ». Plus précisément, dans plus de sept dossiers sur dix, au moins un professionnel attend manifestement de la thérapie qu'elle produise un engagement réflexif du condamné sur les motivations, les causes, le sens et les conséquences de son passage à l'acte. Il s'agit d'un expert dans plus de la moitié des dossiers (57% de ceux comprenant au moins d'une expertise), d'un médecin coordonnateur dans 25% et d'un CPIP dans 40% des cas. Comme les magistrats et les agents de probation, les experts attendent des soins qu'ils mettent les condamnés en capacité d'adopter un comportement conforme aux exigences de la loi, en leur donnant « *des armes pour éviter de retourner en prison* » (Psychiatre, expert). Dans cette optique, la thérapie vient compléter d'autres occasions de questionner le passage à l'acte et le rapport à la victime, pour que le condamné puisse « *se forger des repères moraux* », développer « *quelques sentiments de culpabilité* » ou encore « *continuer à tenir compte de la gravité de ce qui lui est reproché* »²². A l'identique, nombre de médecins coordonnateurs évaluent la portée de la thérapie à l'aune de la nature et de l'évolution du positionnement du condamné quant aux faits commis, en tenant compte de l'expression ou de l'absence de sentiments de culpabilité, de honte, de remords et d'empathie envers la victime. On peut dès lors se demander si la thérapie ne constitue pas une version « médicalisée » de l'ancien « amendement moral », sous la forme d'une « *discipline des sentiments* » visant à transformer leur intériorité²³. Dans cette perspective, le soin s'affirme comme une « *technique de redoublement des mécanismes légaux* »²⁴. Alors que ces derniers n'agissent qu'à la surface de l'individu, exigeant des actes formels (indemniser les victimes, exécuter sa peine) sans pouvoir contraindre le condamné à éprouver « *certaines affects, à modifier son rapport intime à tel ou tel acte* », le soin va apporter « *des techniques censées transformer réellement, et en profondeur, le rapport du sujet à son acte, à sa culpabilité, à la victime et à sa peine* »²⁵. L'espoir d'un « traitement moral » emprunte alors à la logique du

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

²² Extraits d'expertises.

²³ Roux S., « La discipline des sentiments. Responsabilisation et culpabilisation dans la justice des mineurs », *Revue française de sociologie*, 2012, n°53, 719-742.

²⁴ Doron C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, p. 287.

²⁵ *Ibid.*

châtiment si l'on considère, à la manière de Nietzsche, que ce dernier a « *pour valeur d'éveiller dans le coupable le sentiment de la faute, on cherche en lui le véritable instrument de la réaction psychique qu'on appelle « mauvaise conscience », « remords »* »²⁶.

À des degrés divers, et sans pour autant y être insensibles, bon nombre de thérapeutes refusent au contraire de faire de la prévention de la récidive la priorité de leur intervention, avec pour justification le souci de ne pas dénaturer le sens du soin. Pour autant, la thérapie ne fait que très rarement l'impasse sur les faits commis. Dans ses recommandations, le jury d'une conférence de consensus organisée en 2001 par des soignants indiquait déjà que le praticien doit « *décrypter les différentes expressions de dénégation partielle ou de minimisation pour accompagner le patient dans la voie d'une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et de développement de l'empathie pour la victime* »²⁷. La plupart des thérapeutes entendent néanmoins appréhender le passage à l'acte sous l'angle du seul vécu subjectif des condamnés. Ils disent ne pas travailler sur les faits eux-mêmes, mais « *autour des faits et autour du sens qu'ont les faits pour la personne* » (psychologue exerçant en détention). Cette distance vis-à-vis des infractions objectivement commises et du cadre pénal n'est pas nécessairement comprise par les acteurs judiciaires, pour lesquels cette dimension apparaît au contraire fondamentale, notamment lorsqu'ils légitiment l'injonction de soin non pas en référence aux troubles psychopathologiques des condamnés, mais à l'acte posé. La délinquance sexuelle, par sa nature et sa gravité, serait en elle-même révélatrice d'une nécessité thérapeutique. Leurs appréciations sur la qualité des prises en charge sont dès lors fréquemment et fortement indexées aux réflexions engagées sur le passage à l'acte, son contexte, ses causes, ses conséquences sur les victimes. L'expression d'authentiques sentiments de culpabilité et d'empathie envers la victime étant perçue, à rebours des résultats de la plupart des recherches internationales²⁸, comme le gage d'une bonne réinsertion et de plus faibles risques de récidive, elle constitue un critère d'évaluation majeur pour les CPIP, et occupe une place de choix parmi les critères décisionnels des magistrats à l'occasion des demandes de permissions de sortir, de réductions ou d'aménagements de peine²⁹. Refuser cette « *« rééducation psycho-criminologique* »³⁰ malgré les conséquences sur la durée de la peine purgée serait l'indice d'une potentielle dangerosité, faute de véritable rachat moral. Comme ailleurs, « *à défaut de se montrer disposé à collaborer aux démarches de dévoilement de soi qu'exige le principe de la responsabilisation, la personne détenue est susceptible de favoriser la construction d'une représentation d'elle-même comme étant quelqu'un qui a quelque chose à cacher et dont il vaut mieux se méfier ; l'homme suspect décrit par C. Adam (2011), le risky client de S. Pollack (2010)* »³¹.

²⁶ Cité in Gros F., « Punir, c'est éduquer un individu », in Garapon A., Gros F., Pech T., *Et ce sera justice. Punir en démocratie*, Paris, Odile Jacob, 2002, p. 94.

²⁷ Conférence de consensus, *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle*. Fédération française de psychiatrie, John Libbey Eurotext, 2001.

²⁸ Herzog-Evans M., « Exécution des peines, délinquance sexuelle et « positionnement quant aux faits » : enjeux juridiques et criminologiques », *Actualité Juridique Pénale*, 2012, n° 12, 632-635.

²⁹ Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI, 2014 ; Herzog-Evans M., *op. cit.*

³⁰ Doron C.-O., « Soigner par la souffrance », in Les Cahiers du Centre Canguilhem, n°4, Paris, PUF, 2010, p. 13.

³¹ Casani D., « Enjeux éthiques et pratiques en clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel », in Gravier B., Roman P., *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Erès, 2016, p. 116.

B- Une dénaturation des soins au risque d'une perte de sens de la mesure

En surplus de longues peines privatives de liberté, la durée du SSJ enferme l'injonction dans un cadre temporel extrêmement long. Près d'un tiers des condamnés de notre échantillon (31.4%) a été condamné à une peine privative de liberté de dix ans ou davantage, 7% à 15 ans ou plus, 36% à une peine comprise entre 5 et 10 ans. Au terme de ces longues peines, accompagnées d'une toute aussi longue prise en charge thérapeutique en détention, le SSJ court également sur de relativement longues périodes. Plus de sept fois sur dix (71.7%), sa durée est égale ou supérieure à 5 ans. L'injonction de soin opère même durant plus de dix ans dans 15% des cas, plus de 15 ans dans trois dossiers. Durant des années, ces condamnés seront donc questionnés à d'innombrables reprises sur le passage à l'acte à l'origine de la condamnation, par des CPIP, des JAP, des médecins coordonnateurs, mais aussi des thérapeutes. L'emploi du pluriel est de règle, dès lors que sans même compter le *turn over* des CPIP, des JAP et des soignants en détention, plus de la moitié des condamnés de notre échantillon ont connu un changement de thérapeute pendant le suivi en milieu ouvert (57,2%), un sur quatre à plusieurs reprises (26,2%), six au moins trois fois. Près d'un tiers a connu un ou plusieurs changements de médecins coordonnateurs (29.8%). Chaque remplacement de référent, au niveau judiciaire comme sanitaire, les oblige alors à répéter leur trajectoire biographique, familiale, sociale et pénale. Très peu de recherches françaises ont donné lieu à des entretiens auprès des intéressés, le plus souvent auprès d'échantillons très modestes (Brie, 2012 ; Alvarez and Gourmelon, 2006). Notre étude ne peut quant à elle saisir leurs représentations qu'au travers du regard des professionnels qui les ont croisés, ou plutôt de leurs écrits. Elle nous a néanmoins permis d'effleurer « *the pains of probation* » (Durnescu, 2011). Bien qu'ils espèrent généralement « tourner la page » à leur sortie de détention, au motif d'avoir « payé leur dette » envers la société, beaucoup de condamnés ont le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir complètement se tourner vers l'avenir, ou ne serait-ce que se concentrer sur leurs difficultés du quotidien.

Si un relèvement demeure juridiquement envisageable lorsque les soins n'apparaissent plus nécessaires (art. 763-6 du CPP), l'évitement de toute prise de risque professionnel explique l'inexistence de décisions en ce sens, sauf de très rares exceptions. Les thérapeutes demeurent pourtant dubitatifs quant à la pertinence de soins étalés sur de si longues périodes, s'interrogent sur leur capacité à mobiliser durablement les condamnés et s'inquiètent de leur propre essoufflement, à l'instar d'ailleurs des CPIP, confrontés aux mêmes interrogations concernant leurs propres suivis. À défaut de relèvement, tous procèdent à des aménagements du cadre, à des « *bricolages* », les CPIP en espaçant progressivement leurs rendez-vous, les soignants en pratiquant des « *pauses thérapeutiques* ». Ces suivis formels induisent cependant des effets pervers, parce qu'ils risquent de vider l'approche thérapeutique de son sens, une fois circonscrite à une simple surveillance médicale, renforçant ainsi le sentiment d'une instrumentalisation judiciaire des soins et des soignants aux fins de contrôle social.

Outre l'« *usure* » induite par cette répétition des récits de vie³², l'exigence de soins se présente sous la forme d'attentes paradoxales, car les condamnés affrontent en pratique un véritable parcours du combattant pour les poursuivre en milieu ouvert. Leur systématisation tend à asphyxier un système sanitaire déjà submergé. La France manque en effet cruellement de

³² Brie G., *Traitement social de la criminalité sexuelle pédophile : rapports de pouvoir et lutte des représentations entre agents chargés du contrôle et condamnés*, Thèse, Université de Nanterre, 2012, 143.

praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs ou thérapeutes. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soin ne peuvent être mises en place de façon satisfaisante faute de professionnels qualifiés. On dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire. 17 départements en étaient dépourvus début 2012, de sorte que le ministère de la Justice évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30 % des mesures en cours. De nombreux centres médico-psychologiques (CMP) sont dans l'incapacité d'offrir des prises en charge dans un délai inférieur à six mois. Certains refusent le public estampillé « justice », d'autres exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas demandeurs et pour certains incapables de les écrire. Si le manque de moyens et l'afflux de patients constituent la principale justification des soignants qui y exercent, d'autres motivations plus souterraines génèrent des pratiques discriminatoires. La mise en œuvre des soins pénalement ordonnés réduisant d'autant les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs, ces soignants vivent difficilement l'accueil de publics qui ne se cachent pas toujours d'une démarche purement opportuniste, de leur désintérêt pour une réelle démarche thérapeutique, ou qui n'adoptent pas le discours ou les attitudes attendues d'un « bon patient », censé manifester sa souffrance. Des contre-attitudes de rejet en découlent, avec le déploiement progressif d'une suspicion ciblant l'ensemble de la clientèle pénale, quand bien même certains condamnés manifestent un véritable désir d'accompagnement. Selon nos interlocuteurs et les écrits consultés dans les dossiers, cette succession de « portes fermées » ne fait que compliquer les rapports déjà difficiles qu'entretiennent ces condamnés avec le champ de la santé mentale. Ces entraves les plongent par ailleurs dans des situations de stress, tant ils craignent que l'absence de suivi médical se traduise rapidement par une (ré)incarcération.

Le cumul d'un contrôle judiciaire et médical peut également se révéler contre-productif sur le plan de la réinsertion sociale. Sur un plan matériel, les condamnés doivent s'organiser pour rencontrer régulièrement de multiples interlocuteurs, ce qui complique leurs autres démarches de réinsertion sociale et professionnelle, pourtant au moins aussi essentielles (emploi, logement, etc.). Il n'est pas rare que faute de médecin coordonnateur proche de leur domicile, ils soient dans l'obligation de se déplacer tous les trimestres à plus de 100 km pour rencontrer le psychiatre désigné, parfois pour des rendez-vous qui n'excèdent pas un quart d'heure. Ces rencontres sont bien souvent fixées des semaines à l'avance, alors que la plupart navigue entre de petits emplois précaires trouvés au jour le jour. Outre qu'ils peuvent difficilement s'absenter lorsqu'ils parviennent à trouver un travail, leur insertion professionnelle suppose généralement de taire aux employeurs leur passé judiciaire, ce qui devient délicat lorsque s'imposent de multiples et réguliers rendez-vous à l'extérieur (auprès du CPIP, du thérapeute, du médecin coordonnateur). Ils doivent encore jongler entre les attentes contradictoires de leurs divers interlocuteurs, par exemple lorsque l'autorité judiciaire réclame des attestations que leur thérapeute refuse de délivrer à la fréquence exigée. Dans plusieurs de nos dossiers, ils décrivent dès lors aux professionnels des sentiments d'« épuisement », un « vécu de contraintes sans fin », de « désespoir avec l'impression que tout est organisé autour [d'eux] pour [leur] rappeler avant tout ce qu'[ils ont] fait et l'impression que cela ne s'arrêtera jamais »³³.

³³ Extraits de rapport de médecins coordonnateurs.

Conclusion

L'injonction de soin a-t-elle pour vocation de punir, soigner et/ou contrôler ? Malgré les évolutions de la législation et des pratiques professionnelles, nier la dimension clinique des intentions de nos interlocuteurs serait exagéré, y compris du côté des agents de probation et des magistrats. Les soignants exerçant auprès des personnes sous main de justice, qui se sont constitués comme corps professionnel en partie « contre » l'administration pénitentiaire, cultivent autant que possible leur indépendance pour préserver l'espace du soin. Si les experts et médecins coordonnateurs sont plus sensibles aux attentes de l'institution judiciaire, partageant même certains présupposés, il n'en demeure pas moins qu'ils appartiennent pour la plupart, comme les thérapeutes, à la psychiatrie publique et qu'ils sont façonnés par la même culture professionnelle. Les magistrats et les CPIP sont quant à eux critiques sur la nature des traitements proposés, confondent parfois thérapie et amendement moral, mais les espoirs qu'ils placent dans cet idéal thérapeutique ne se résument pas à une recherche de normalisation et de contrôle social. S'il s'agit en définitive d'un dispositif « hybride » (Ward, 2010), l'injonction de soin affronte cependant, comme ailleurs, un « déséquilibre graduel, mais constant » entre les rationalités en présence, au profit d'une logique de contrôle des populations à risque³⁴. En définitive, la médicalisation de la peine pose le risque d'une « démedicalisation » des soins³⁵ lorsqu'il est attendu qu'ils engagent une « alliance discursive » avec la punitivité, en participant à la « re-moralisation » des délinquants, en leur inculquant « une boussole morale » pour guider leurs actions futures³⁶.

³⁴ Quirion B., « Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie », *Criminologie*, 2006, vol. 39, n° 2, 137-164.

³⁵ Gautron V., « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », in Clay T. et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, LexisNexis, 2018, 581-591

³⁶ *Ibid.*